

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°139

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1920

PAR

CHAMPEIL (Marie-Pierre-Zéphirin-Joseph)

Né à Pleaux (Cantal), le 12 décembre 1894

Décoré de la Croix de Guerre (2 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

{	TÉDÉNAT, Professeur, <i>Président</i> .	}	Assesseurs
	MOURET, profes. adjoint.		
	RICHE, agrégé.		
	ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES NASO-PHARYNGIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°139

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1920

PAR

CHAMPEIL (Marie-Pierre-Zéphirin-Joseph)

Né à Pleaux (Cantal), le 12 décembre 1894

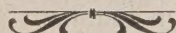
Décoré de la Croix de Guerre (2 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ TÉDENAT, Professeur, *Président*.
MOURET, profes. adjoint.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
N.....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIREN (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (*).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (*).
Microbiologie	N.....
Pathologie interne	N.....
Clinique médicale.....	N.....
Médecine légale et toxicologie.....	N.....

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. *), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (c. d. c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (*), (D ^r) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*), ch. d'ag.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. TÊDENAT, prof., présid^t; MOURET, prof. adj.; RICHE, agrégé;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.

A MON PÈRE LE DOCTEUR A. CHAMPEIL

*dont la haute conscience médicale
me sera du meilleur exemple.*

A MES SŒURS

A MON FRÈRE LE DOCTEUR J. CHAMPEIL

A MON ONCLE LE DOCTEUR J. CHAMPEIL

MEIS ET AMICIS

P. CHAMPEIL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE CLERMONT-FERRAND

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. BOUSQUET

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE CLERMONT-FERRAND

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

*En leur offrant ce travail, faible
hommage de notre très grande reconnaissance, nous ne consacrons point
un usage, mais remplissons avec
plaisir un très respectueux devoir.*

P. CHAMPEIL.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

INTRODUCTION

S'il est relativement aisé de concevoir la forme d'un travail présenté comme thèse, il n'est point toujours aussi facile de se convaincre fermement d'une opinion lorsque l'on adopte un sujet qui par certains points encore divise nos maîtres de l'art médical.

Toutes réserves ainsi faites, nous essayerons de faire un exposé de l'étude des fibromes naso-pharyngiens.

Après avoir donné quelques détails d'anatomie pathologique des polypes fibreux naso-pharyngiens, nous les situerons au point anatomique où ils naissent et en lequel ils se développent.

La symptomatologie et l'évolution de ces néoplasies nous permettront d'aborder le traitement en nous en fournissant quelquefois l'indication la plus judicieuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le fibrome naso-pharyngien est un fibrome qui a deux caractères essentiels. C'est un fibrome télangiectasique, c'est un fibrome rarement pur, et, dans l'étude des variabilités de son évolution, nous rencontrerons toutes les formes, du fibrome pur au sarcome malin.

Macroscopiquement il se présente sous l'aspect d'une masse rouge ou légèrement violacée, pédiculée ou sessile, et Moure pense que, toujours sessile à son début, le fibrome naso-pharyngien ne se pédiculise qu'au cours de son développement. Sa forme est variable tant de par sa grosseur que de par la multiplicité de ses prolongements. La tumeur, de consistance dure, crie sous le couteau. La surface de section rosée montre des tourbillons de vaisseaux conjonctifs ; et, dans cet entremêlement épais, des vaisseaux sanguins nombreux et dilatés.

Dans une coupe faite au niveau du pédicule, Lemaistre distingue trois zones : 1° une muqueuse de recouvrement tirillée, distendue, ne s'ulcérant cependant jamais, constituée par des cellules aplaties sauf au pédicule où elles restent intactes ; 2° une couche périphé-

rique inconstante, infiltrée, vestige de l'ancienne sous-muqueuse ; 3° un tissu néoplasique, tissu conjonctif adulte, richement vascularisé. Ces cellules, ce stroma, ces vaisseaux sont disposés sans ordre ni proportions ; aussi variable est la paroi des vaisseaux réduite parfois à une seule assise de cellules, ainsi donc friable et prédisposant aux hémorragies.

Les éléments de la tumeur se transforment parfois en une dégénérescence hyaline, évolution heureuse, conduisant à la guérison, parfois se nécrosant, souvent aussi prenant des caractères de malignité.

ANATOMIE

Le fibrome naso-pharyngien est, ou sessile, poussant des prolongements et contractant des adhérences, ou pédiculé, ballottant dans le naso-pharynx. Autrefois la seule origine et implantation que l'on reconnaissait au fibrome naso-pharyngien était l'épaisse couche périostique de l'apophyse basilaire ; actuellement l'observation a suffisamment démontré que les régions choanales et périchoanales en étaient le plus souvent le point de départ. Contrairement à Jaboulay et Nélaton, Moure et Sébilleau n'admettent que les insertions antérieures avec adhérences secondaires sur l'apophyse basilaire. Mais, sans entrer plus loin dans cette discussion et avant d'aborder le terrain de conciliation d'Escat, il est nécessaire de situer la tumeur en décrivant son habitat.

Le pharynx, ovoïde, aplati d'avant en arrière, présente à étudier quatre parois : antérieure, postérieure et latérales, et deux extrémités. La paroi postérieure aperçue lisse à l'ouverture de la bouche grâce au relèvement du voile du palais présente le tubercule antérieur de l'atlas,

repère inférieur de l'apophyse basilaire de l'occipital qui s'élève en formant un angle très obtus en avant et constitue ainsi la voûte du pharynx ou extrémité supérieure. A la partie supérieure des parois latérales débouche en son orifice interne la trompe d'Eustache à la hauteur et en arrière de l'insertion du cornet inférieur ; cet orifice est limité en avant par le repli muqueux salpingo-palatin qui délimite le pharynx des fosses nasales, repli que nous verrons s'effacer sous la poussée d'une grosse néoplasie ; ce même orifice est limité en arrière par le bourrelet muqueux de la trompe auquel fait suite le repli salpingo-pharyngien précédant la fossette de Rosenmüller.

La partie inférieure des parois latérales présente l'excavation amygdalienne, les deux piliers du voile du palais, c'est à cette région molle facilement refoulée que répond l'espace pharyngien maxillaire que nous verrons fréquemment occupé par les prolongements se dirigeant vers la région zygomatique et les fosses temporales.

La paroi antérieure répond aux fosses nasales et à la bouche, donc : orifices ovalaires des fosses nasales ou choanes séparés par une cloison médiane ; puis face postérieure du voile du palais incliné se terminant par la luette et enfin faces dorsale de la langue et postérieure de l'épiglotte.

Nous terminons ces généralités anatomiques en précisant que le revêtement de l'apophyse basilaire est constitué de trois tuniques : une musculaire, une muqueuse et une fibreuse, cette dernière tapissant en demi-cylindre les parois postérieures et latérales du pharynx.

Ces quelques considérations nous montrent une complexité anatomique qui, jointe aux manœuvres opéra-

toires déformant les fibromes, a pu permettre des erreurs et des discussions sur l'implantation de la tumeur et nous admettrons la classification d'Escat en ; 1° types sphénonasopalatin ; 2° basilonasopharyngien.

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

Nous allons décrire la progression des symptômes au cours de l'évolution, que nous diviserons en trois périodes de temps et de gravité.

1^o Période de début : courte, insidieuse ; le malade s'accommode bien de son état, son attention n'est attirée que par des signes subjectifs : troubles à la respiration par la voie nasale, gêne augmentée à l'effort. Un coryza ancien est du reste le plus souvent imputé à cause d'une légère rhinorrhée fréquemment coexistante.

2^o Le malade, inquiet de son état, demande à être examiné. Alors existent généralement des syndromes d'obstruction du cavum : très forte gêne à la respiration nasale, voix nasonnée, essoufflement, facies adénoïdien ; l'odorat et le goût s'émoussent, l'audition peut être troublée quelquefois ; inflammation de la trompe ; sensation de corps étranger dans l'arrière-gorge. La rhinorrhée du début fait place aux hémorragies abondantes et fréquentes : syndrome capital mais non toutefois constant.

La tumeur évoluant, viennent les troubles de dégluti-

tion et de mastication ; apparaissent également des déformations faciales.

Puisque à cette période se pratique en général l'examen, il est à propos d'en rapporter le résultat habituel.

A la rhinoscopie antérieure dans une ou plus rarement dans les deux narines s'aperçoit une masse rouge violacée s'insinuant entre les parois interne et externe des fosses nasales : il peut y avoir déviation simple de la cloison ou déviation par luxation cartilagineuse de l'extrémité antérieure ; la capacité respiratoire du côté opposé en est d'autant diminuée. La tumeur, libre de toute adhérence dans les narines, baigne dans une sécrétion mucopurulente.

Il est rare que l'œil renseigne directement sur l'arrière-gorge, aussi est-il nécessaire et utile de pratiquer un toucher naso-pharyngien. L'index en crochet, glissé derrière le voile du palais, ne peut point indiquer l'implantation du fibrome, l'examen étant incomplet quant au pourtour de la tumeur. La rhinoscopie postérieure est indiquée dans le cas d'une évolution supérieure.

3° La période d'envahissement, constatée seulement si aucune intervention propice n'a été instituée, est marquée par la progression de la tumeur dans les cavités voisines, et cela par refoulement d'obstacle et non par usure. Or, trois voies sont possibles : 1° en avant ; 2° en bas ; 3° en haut et en arrière ; quelquefois deux voies sont empruntées. La voie nasale est la plus fréquente ainsi que celle buccopharyngée. Les cavités qui peuvent recevoir des prolongements néoplasiques sont : les sinus maxillaires avec comme symptômes une grande déformation des joues et une vive douleur du maxillaire supérieur. L'examen du sinus se fait à la chambre noire et est basé sur la translucidité ou l'opacité du massif

facial, une ampoule électrique étant placée dans la bouche fermée du patient.

L'envahissement des cavités orbitaires se traduit par de l'exophtalmie.

Les fosses zygomatiques, la fente ptérygomaxillaire, les sinus frontaux, les cellules ethmoïdales et par cette voie les sinus sphénoïdaux sont également susceptibles d'être occupés. La pénétration intracrânienne se fait par l'usure du sinus sphénoïdal ou par la lame criblée.

Cette étude évolutive de la symptomatologie nous permettra d'être bref sur l'évolution même des fibromes naso-pharyngiens.

Extrêmement plus fréquents chez l'homme que chez la femme, le fibrome naso-pharyngien s'observe surtout de 7 à 25 ans sans pour cela que cet âge de 25 ans soit fatidique et doive marquer certainement la régression naturelle de la tumeur ; et, de même que les espoirs que l'on avait conçus sur l'état de ménopause pour la régression des fibromes utérins ont été souvent déçus, de même ceux que l'on avait fondés sur cet âge critique de 25 ans n'ont été que très inconstants dans leur réalisation. Quelques auteurs ont pensé que, si une amélioration n'était point toujours constatée, on observait néanmoins un changement et généralement une aggravation de ces néoplasies.

Nous pensons contrairement à ceci que les fibromes naso-pharyngiens suivent l'évolution normale à laquelle les avait prédisposés leur constitution anatomo-pathologique : leur transformation épithéliomateuse n'est point absolument démontrée.

Il y a plutôt, semble-t-il, chez certains sujets une préparation de la muqueuse à sa transformation épithéliomateuse ultérieure. Notons que, chez les vieillards, le

développement et l'aspect de ces néoplasies sont assez particuliers : moins hémorragipares, ces fibromes dégénèrent très souvent en revêtant des caractères de malignité ; mentionnons également qu'un polype fibreux naso-pharyngien extirpé récidive quelquefois sous une forme maligne ; quant au fait même de récidive nous aurons à en reparler avec plus d'à-propos au sujet de la critique de certains traitements.

La guérison spontanée n'a été constatée que très rarement, la tumeur étant crachée ou mouchée en bloc ou partiellement.

La mort peut survenir consécutivement à la seule évolution de ces tumeurs, par asphyxie, par hémorragie incoercible, par empoisonnement septique ou par accidents cérébraux.

Sur ces données anatomiques, anatomo-pathologiques et évolutives des fibromes naso-pharyngiens, nous allons essayer une discussion de leur traitement.

TRAITEMENT

Nous avons vu combien avait été classique et pourquoi avait été permis autrefois l'espoir en une régression naturelle des fibromes naso-pharyngiens. Une expectation de confiance était alors de règle ; quelques essais hardis furent cependant tentés dans le but d'extirper ces tumeurs. Tous consistaient en l'agrandissement des voies naturelles, et c'est ainsi que Hippocrate élargissait la narine en incisant le cartilage de l'aile du nez. Des procédés prudents connurent successivement leur temps de vogue et il en est encore aujourd'hui de très judicieusement employés. Nous les rangerons dans les méthodes simples. Puis les meilleures conditions opératoires et la connaissance plus approfondie et plus savante du mal permirent des méthodes composées.

Méthodes simples.

L'arrachement, pratiqué surtout sans voie d'accès préliminaire, avait été mis au point par D. Molière qui, de 1 ou 2 voire même 4 doigts introduits dans le pharynx, guidait et aidait une pince nasale : opération brutale et

aveugle qui se terminait toujours par des hémorragies souvent fatales, les syncopes ayant pour cause un traumatisme si voisin des centres nerveux étant fréquemment mortelles.

Le broiement préconisé par Velpeau tendait au déchirement de la masse néoplasique dont les derniers lambeaux privés de vie devaient tomber d'eux-mêmes. Le céphalotribe de Péan fut lui aussi incertain et malheureux dans son emploi.

La ligature comprend deux procédés, un lent et l'autre suivi de section rapide. Nous n'insisterons pas sur les moyens plus ingénieux qu'utiles et pratiques de porteligatures. Signalons cependant le dispositif heureux de Gerdy. Les accidents nombreux de la ligature lente, accidents de sphacèle, de septicémie, etc., suffisent à condamner la méthode. Quant à la ligature suivie de section rapide, on lui a reproché d'être incertaine et souvent impossible : incertaine, l'opérateur enserrant souvent le corps et non le pédicule du fibrome ; impossible, une large implantation ne permettant aucune prise utile. Nous rapprocherons de la ligature lente, la compression lente exercée par une pince démontable introduite comme un forceps et laissée à demeure.

La cautérisation au fer rouge est infertile et douloureuse, et, de même que la cautérisation chimique, elle s'attaque au corps du fibrome et non au pédicule nourricier. Le galvanocautère présente les mêmes inconvénients mais a l'avantage d'être plus maniable. Quant à l'électrolyse interstitielle, ses résultats sont aussi infidèles que dans les fibromes utérins, et de plus un mois est nécessaire à l'élimination d'une escarre électrolytique. Aussi, la lenteur et l'inconstance de ces procédés ont-elles incité les chirurgiens à la recherche d'une

méthode plus rapide et qui, malheureusement à tort, avait la prétention d'être radicale. Nous diviserons les divers procédés opératoires de par la voie qu'ils empruntent pour atteindre et extraire la tumeur.

Tenant à la fois des méthodes simples et complexes, l'éradication par la voie endonasale sera décrite surtout pour nous permettre de noter certaines conditions opératoires également employées dans les interventions faciales et palatine, ce qui nous dispensera d'y revenir ultérieurement.

L'éradication par voie endonasale se fait sous anesthésie locale ou générale et est basée sur le travail de coordination de la pince endonasale à mors dentés et de l'index et médius gauches, introduits dans le pharynx comme doigts directeurs. Un éclairage frontal puissant et un ouvre-bouche parfait et solide sont de toute nécessité; mais, si cette méthode est simple quant à sa technique opératoire et a donné de bons résultats sur des polypes nettement pédiculés, elle n'en reste pas moins qu'une réédition de l'arrachement de D. Molière avec ses inconvénients. La position adoptée est celle de Rose, qui prévient parfaitement l'irruption du sang dans les voies respiratoires. Quant à l'anesthésie, elle peut être intermittente ou mieux continue, grâce à deux procédés également en faveur : 1° la laryngotomie intercricothyroïdienne pratiquée, le patient déjà endormi; 2° l'intubation transbuccale, grâce au tube de Kühr, à qui on reproche de laisser un peu d'irritation laryngée, mais qui complète les avantages de la position de Rose, si on tamponne autour du tube les récessus laryngés, pharyngés, et tout l'arrière-pharynx.

Quant à la ligature de la carotide préconisée pour avoir un champ opératoire moins sanglant, voire même

pour éviter les hémorragies post-opératoires, elle nous apparaît comme une grosse intervention parfaitement inutile.

L'exérèse par voie naturelle est donc une opération à grosse hémorragie surtout parce que incomplète, et ne devra être tentée que chez un sujet jeune pouvant facilement réparer ses pertes sanguines.

Méthodes composées.

VOIE FACIALE.— Chassaignac avait imaginé de détacher latéralement le nez et de le faire pivoter sur le côté non incisé, malheureusement il sacrifiait ainsi les os propres du nez.

Lawrence fit le relèvement du nez qu'il détachait de ses insertions inférieures, puis sectionnait l'apophyse montante du maxillaire et les os propres du nez, mais c'est précisément à la partie inférieure du nez qu'arrivent les vaisseaux ; par cette mutilation l'irrigation était fortement compromise et, qui plus est, le but que se proposait Lawrence d'avoir un jour clair sur le cavum et une visite facile de la partie supérieure n'était point atteint.

La plus heureuse conséquence involontaire de ce procédé fut bien l'idée qu'il donna à Ollier, en 1863, de pratiquer, au lieu du relèvement, l'abaissement du nez ; ainsi étaient évitées l'ablation du maxillaire, la section de la voie inférieure nutritive, et ainsi était ouverte une large voie d'accès sur la tumeur. Voici quelle est la technique de cette intervention qu'Ollier désigna sous le nom *d'abaissement du nez par ostéotomie verticale et bilatérale*.

1° Incision de la peau en fer à cheval, partant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez, à droite, remontant au point le plus élevé de la dépression nasofrontale, puis redescendant symétriquement à gauche; cette incision doit pénétrer jusqu'à l'os.

2° Section de la charpente du nez avec une scie dans la direction de la plaie extérieure, jusqu'à ce que soient dépassées les apophyses montantes. Le nez est mobilisé par quelques coups de ciseaux sur la cloison ou les cartilages des ailes, et rabattu inférieurement; ligature des branches des artères frontonasales. La cloison est alors trouvée très variable dans son état et sa position: souvent amincie et déjetée par le polype; le jour est alors suffisant pour que l'on puisse la respecter. Sinon, on aide à ce refoulement avec les doigts; il est même parfois utile de sectionner au bistouri les deux extrémités de la cloison, mais il est rare que l'on soit obligé de sacrifier les cornets.

3° Le doigt s'assure alors de l'implantation du fibrome; puis l'extraction est pratiquée à l'aide d'une solide pince à dents. La base d'insertion sera ruginée avec soin, si c'est l'apophyse basilaire, et cela prudemment. Les instruments seront guidés par un doigt introduit par la bouche dans le pharynx, qui permettra également d'éviter les tâtonnements dangereux à cause de la muqueuse très vascularisée du pédicule.

Le temps difficile est l'arrachement, aussi doit-on être muni de pinces robustes. Pour cette difficulté, il est donc intéressant de pouvoir attirer directement à soi le fibrome sous le contrôle de la vue.

L'arrachement est bien entendu contre-indiqué dans le cas de prolongements intracraniens.

Farabeuf apportait une modification qui consistait à

faire le trait de sciè convexe en arrière ; on aurait ainsi une ouverture légèrement plus grande qui a l'avantage d'être plus proche de la paroi postérieure des fosses nasales.

Ici viennent à propos les observations que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

OBSERVATION I

Combes, 16 ans. Le fibrome se développe depuis 2 ans, a déformé l'aile gauche du nez et le voile du palais, dont la surface est convexe ; les hémorragies deviennent inquiétantes. La galvanocautérisation a été essayée par deux fois ; après la deuxième tentative la narine gauche s'obstrue. Examiné par le docteur Bousquet, ce dernier décide et fait le 17 juin l'intervention suivant le procédé Ollier. La seule introduction du doigt provoque une hémorragie abondante ; la tumeur est extirpée par morceaux, le pédicule sectionné au thermo, et la surface de l'apophyse basilaire ruginée. La perte de sang a été de 1 litre 1/2. La cavité est tamponnée par des compresses en lanières fixées à des fils ressortant par la bouche ; le nez est remis en place. Guérison le 6 juillet.

OBSERVATION II

R... M... Le début de l'évolution du fibrome est marqué par des troubles de respiration, de déglutition et de

la céphalalgie. Epistaxis fréquentes. La narine gauche est obstruée, l'œil gauche dévié.

Opéré le 3 août, procédé Ollier. Le polype, de la grosseur d'un œuf, pénétrait dans le sinus du maxillaire supérieur gauche. Base d'implantation : apophyse basilaire. Forte hémorragie tarie sitôt complète ablation. Guérison le 17 août.

Deux ans après, le même sujet présente une récidive à marche rapidement envahissante, la cicatrice ancienne est peu apparente ; D... tente l'extraction à la rugine de Doyen : hémorragie très abondante. Craignant une syncope mortelle, M. Bousquet pratique l'exérèse rapidement par le procédé Ollier, même base d'implantation que dans le premier cas. Guérison en 15 jours.

Par cette observation et par celle qui va suivre, nous remarquons que les hémorragies sont redoutables tant que le cavum n'est point complètement nettoyé et que les procédés utilisant une instrumentation trop conservatrice sont parfois nuisibles, parce que insuffisants.

OBSERVATION III

X., 12 ans, se présente au docteur B..., le 6 mai, atteint d'un fibrome naso-pharyngien volumineux. Le 12 mai, tentative d'extraction avec les instruments de Doyen ; mort rapide par hémorragie, avant autre intervention complète.

OBSERVATION IV

M..., 13 ans. Le diagnostic de fibrome naso-pharyngien est fait au moment où on allait intervenir pour végétations adénoïdes.

Les symptômes dus à cette néoplasie sont très nets et nous ont servi dans l'étude de la symptomatologie. L'état général est mauvais. Le 27 mai 1917, hémorragie d'un demi-litre de sang ; même perte sanguine le 15 avril. La tumeur obstrue surtout la région choanale gauche.

Opéré suivant le procédé Ollier par le Dr Bousquet, le 25 juillet ; en fin d'opération, la persistance de l'hémorragie fut un indicateur heureux d'une omission dans l'exérèse. Guérison complète le 25 août.

La cicatrice résultant de cette intervention est-elle réellement aussi visible que l'assurent les critiques ? Nous ne prétendons point qu'elle soit masquée, d'autant que l'incision ne profite point de plis naturels de la peau : mais nous ne pensons point qu'elle nuise tellement à l'esthétique du visage et que l'expression de « nez en carton » soit vraiment justifiée. Les opérés de nos observations présentent actuellement une cicatrice à peine visible à 2 mètres, et dans tous les cas point de difformité. Quant au reproche de demi-moyen, de trop ou trop peu, il reste encore moins fondé. Ce n'est point, en effet, « trop », car même après examen attentif on n'est pas sûr que le fibrome pourra être exéré par les

voies naturelles et qu'il ne pousse point de prolongements insoupçonnés ; et il est rare de trouver une néoplasie nettement pédiculée et limitée. Le jour très suffisant que donne ce procédé le défend de la critique de « trop peu ». Il éclaire bien les voies supérieures et l'ablation totale du maxillaire supérieur est une nécessité dernière et très rare. Et enfin, puisque l'étude évolutive de ces néoplasies nous fait entrevoir des récidives assez fréquentes, parfois même malignes, il est intéressant de constater que le procédé Ollier peut être institué à plusieurs reprises.

Ollier lui-même a abaissé par quatre fois le même auvent nasal. La plus grande visibilité de cette cicatrice est indubitable, mais l'esthétique du visage n'était point troublé par un bourrelet excessif et enlaidissant.

La résection temporaire du maxillaire consiste en une réclinaison temporaire d'une portion osseuse restée adhérente. Syme fixa le premier la conduite opératoire de l'ablation totale du maxillaire supérieur ; technique /modifiée par Ollier en un de ses temps. Lorsque l'apophyse montante du maxillaire est sectionnée ainsi que l'apophyse malaire, Ollier, profitant de la brèche offerte par l'extraction de la 1^{re} canine, introduit doucement un ciseau jusqu'à la suture bimaxillaire, et ébranle cette dernière, réalisant ainsi une résection complète sous-périostée.

Si bien réglée que soit cette intervention, elle n'en reste pas moins délicate et extrêmement difficile dans son exécution.

VOIE TRANSMAXILLO-FACIALE. — Empruntée par Moure en 1902, elle consiste en une résection osseuse de la paroi antérieure du maxillaire jusqu'à l'os malaire en

dehors, de la paroi inférieure de la fosse nasale, du cornet inférieur, de l'os propre du nez et de l'unguis. Intervention élargie dans la résection fenêtrée du maxillaire supérieur où les parois antérieure et postérieure du sinus maxillaire sont effondrées, après suppression des cornets moyens et inférieurs. La voie sous-jugale en est le complément pour l'extraction des prolongements ptérygo-maxillaires.

Dans cette intervention par trop mutilatrice, les plis naturels du visage sont empruntés par la ligne d'incision.

VOIE PALATINE. — Proposée par Manne (d'Avignon) et largement utilisée par Sébilleau, elle n'eut d'abord pour but que l'élargissement de la voie buccale. Après une laryngotomie intercricothyroïdienne préparatoire, un tamponnement serré assure l'occlusion du pharynx et du larynx. L'incision pratiquée est para-médiane, allant de la luette respectée à l'épine nasale postérieure. La grosse pince recourbée de Doyen introduite profondément dans le cavum saisit le fibrome le plus haut possible vers la base d'implantation et opère la désinsertion par tractions et torsions combinées. Une compression contre-hémorragique est nécessaire. Il est, dit Sébilleau, urgent d'aller vite et de ne point se laisser hypnotiser et arrêter par une hémorragie. Un examen sérieux des fosses nasales est de rigueur si la masse néoplasique n'était point nettement pédiculée dans le pharynx. Le voile du palais doit être soigneusement suturé.

Ce procédé, précieux auxiliaire de l'ablation par les voies naturelles, est cependant trop souvent insuffisant. Nélaton, après incision en T du voile et de la portion postérieure du palais dur, réclinait les lambeaux mucopériostés et

se frayait une voie dans les parties osseuses dénudées ; mais la baie ainsi ouverte est étroite, surtout dans les palais en ogive. Ainsi donc le reproche de trop ou trop peu nous semble ici plus justement applicable.

Après cet examen rapide et par trop concis des divers modes opératoires, il ne reste cependant point au chirurgien l'embarras du choix, car il nous apparaît qu'il n'est point de procédé judicieusement applicable dans tous les cas, et des facteurs nombreux doivent influencer sa décision : ce sont la situation, l'implantation, les adhérences, les prolongements de la masse néoplasique ; c'est la gravité de l'intervention, c'est aussi la possibilité de récurrence, éventualité qui semblerait dans une certaine mesure condamner les opérations intéressant le système osseux, malgré le fait indéniable de leur nécessité absolue dans certains cas.

La complexité de nature et de situation des fibromes naso-pharyngiens nous explique les hésitations, voire même les erreurs de beaucoup de chirurgiens.

En 1873, Dumesnil confessait : « J'ai cru à une large implantation de la tumeur qui ne tenait que par un mince pédicule. »

Et Sébilleau déclare : « En dehors des cas vraiment simples, il ne faut jamais donner comme certainement bénigne l'extraction extemporanée des fibromes naso-pharyngiens, car il y a des dispositions anatomiques qui déjouent les mains les plus habiles. »

« Le polype naso-pharyngien, déclarait Escaï en 1901, ne se laisse guère intimider par les traits de scie ou les coups de gouge donnés par la main la plus chirurgicale sur le maxillaire, les os propres du nez ou la voûte palatine ; il récidive, en effet, témoin le malade d'Ollier qui

dut subir quatre fois la résection temporaire du nez. »

Et enfin Moure observe qu'il est des fibromes nasopharyngiens qui se reproduisent avec une rapidité effrayante, se comportant comme la plus implacable des tumeurs malignes.

Avant de conclure, nous avons tenu à nous remémorer les avertissements de sagacité et de prudence que nous avons lus de ceux qui ont acquis en la matière une autorité incontestée ; et nous trouverons là aussi une excuse très franche au parti opportuniste que nous adopterons dans notre essai de conclusion à la discussion du traitement.

CONCLUSIONS

I. — Affection de l'adolescence, le fibrome nasopharyngien est un fibrome télangiectasique qui généralement rétrocede, mais dont le pronostic peut être grave, voire même fatal, en une évolution malheureuse.

Les raisons qui assombrissent le diagnostic sont une exubérance maligne, la précocité de prolongements péri-nasaux, les hémorragies.

II. — Il naît surtout des régions choanales, péri-choanales et sur l'apophyse basilaire.

III. — Il serait imprudent de préconiser systématiquement et à priori une méthode du traitement à l'exclusion de toute autre.

Un éclectisme judicieux fera adopter l'intervention susceptible de donner d'une façon satisfaisante les résultats les plus complets. La direction et la grosseur du

fibrome seront deux facteurs importants devant influencer le choix des procédés. Le procédé Ollier, qui fut suivi dans les observations que nous rapportons, permet incontestablement un traitement très heureux.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 29 avril 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 29 avril 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

